Fibromes utérins

Bénin Fréquent Anémie Hystérographie

Tumeur bénigne du myomètre (fibrome ou myome ou léiomyomes), **20 ~ 50 % des femmes après 35 ans** = très fréquent

Diagnostic

- **TERRAIN**
  - **Prédisposition familiale et ethnique** (♀ noires → Fibromes sont 2 ~ 3 x + fréquents)
  - N'existent **pas avant puberté** et **régressent après la ménopause** (***sauf si ttt oestrogénique, dégénérescence sarcomateuse, ou tumeur sécrétante ovarienne***), Age de découverte : en général 30 ~ 50 ans
  - **FDR essentiel est l'hyperoestrogénie**[Q] : obèse et insuffisant lutéal
  - Apparition des fibromes n'est **PAS** favorisée par grossesse / multiparité / prise de pilules oestroprogestatives

- **CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE**
  - **Ménorragies**[Q] (règles abondantes + prolongés avec caillots) > **métrorragies, ménométrorragies** (par hyperplasie endomètriale associée)
  - **Pesanteur pelvienne**, douleurs pelviennes
  - **Compression d'organe de voisinage** :
    - Trbles urinaires (pollakiurie, dysurie, aggravat°d'une incontinence, rarement rétention aiguë): fibrome ant et post
    - Rarement compression urétérale[Q] (par un fibrome inclus ds le ligament large, entraînant hydronéphrose[Q])
    - Constipation, épreinte, ténesme (fibrome post)
  - **Augmentation du volume de l'abdomen** (parfois isolée)
  - **Leucorrhées**
  - **Complications**

➢ **Découverte fortuite sur une écho pelvienne (50 ~ 80 % sont asymptomatiques)**

- **CLINIQUE**

➢ **Etat général : Apyrexie** ; si fièvre => évoquer une nécrobiose

➢ **Inspection et palpation abdo**
  - Peut être normal ou repérer une **masse dure à contours arrondis** ± voussure suspubienne

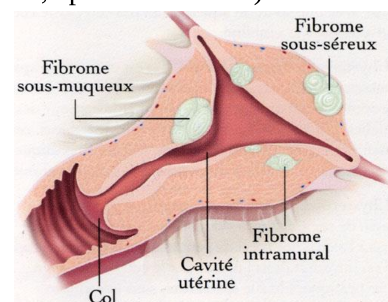
➢ **Spéculum**
  - **Col, frottis** (systématique), déviation du col ?
  - **Saignement ou leucorrhée** d'origine endo-utérine ?
  - Parfois **fibrome pédiculé sous muqueux accouché par le col** (rare)
  - Permet d'apprécier accessibilité à éventuelle chirurgie par voie vaginale

➢ **TV (vessie vide, combiné à palpation abdo ± TR)**
  - Peu contributif si obèse ou si utérus non déformé (petite taille, localisation…)
  - Typiquement **: Utérus augmenté de volume**[Q] **avec une masse solidaire**[Q] **du corps, ferme**[Q]**, lisse, indolore**[Q] **et bien limitée sans sillon de séparation**[Q] (sauf myome pédiculisé)

- **EXAMENS PARACLINIQUE QUE si doute ou complications**

h > 8 cm
l > 6 cm
e > 4 cm

➢ **Echographie pelvienne : examen de 1ère intention,** par voie abdo et vaginale
  - Utérus (position, dimensions, contours, myomètre, cavité, endomètre), ovaires, annexes, Douglas
  - En général, **utérus fibromateux** => Augmenté de taille (hauteur > 8 cm, largeur > 6 cm, épaisseur > 4 cm)
  - Myomes :
    - Soit **hyperechogène** : composante conjonctive dense ; soit **hypoéchogène** : composante oedemateuse majoritaire
    - Forme arrondie avec pseudocapsule ± remaniement central
    - Nbre, taille, type (**interstitiel** ou intramural le + fréquent, **sous-muqueux**, **sous-séreux**), **sessile ou pédiculé.**
    - Localisation
      - ✓ soit ant ou post
      - ✓ soit **fundique** surtt, isthmique, cornual ou latéral)
    - Différents types de fibromes svt associés



➢ **Hystéroscopie diagnostique avec curage biopsique**
  - **Examen de référence**[Q] pour l'exploration des saignements anormaux : permet d'éliminer un cancer de l'endomètre
  - Permet de voir fibromes interstitiels et sous-muqueux[Q] (bombement de la muqueuse, déformation de la cavité)
  - Recherche si obstruction ostium utérinum ou du défilé cervico-isthmique

- **Hystérosalpingographie**
  - Réalisée en phase folliculaire (1ière partie du cycle), en dhs d'une grossesse, d'une infect° et de la période hémorragiq
    - Cavité utérine augmentée de taille, déformée (F. interstitiel, F. sous séreux)
    - Lacune endocavitaire à bords réguliers (F interstitiel, F sous muqueux) avec possible ballonisation de l'utérus[Q]
    - Signes de compression ou d'étirement des trompes
- **Aucun des 2 examens précédents n'est réalisable en cas de fibrome accouché par le col.**
- **IRM**
  - Examen **le + sensible pour le diagnostic et la localisation** des fibromes
  - Indiqué si conditions anatomiques limitent les performances de l'échographie ou si masse latéro-utérine non identifiée en écho (kyste ovarien suspect / fibrome compliqué)
- **Echo rénale / UIV si suspicion compression urétérale**
- **Biologie**
  - NFS, Bilan martial : bilan du retentissement
  - ± iono, créatininémie
  - Groupage Abo-Rh, RAI, bilan d'hémostase

- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**
  - **Devant masse pelvienne / augmentation du volume utérin**
    - Tumeur ovarienne (bénigne ou maligne) : intérêt de l'échographie
    - GEU ou Grossesse ⊥ : échographie, ßhCG si doute, grossesse et fibrome peuvent être associés !!
    - Adénomyose (endométriose interne)
    - Cancer de l'endomètre : hystéroscopie avec biopsies si doute
  - **Devant des saignements anormaux**
    - GEU
    - FCS
    - Cancer ovaire / endomètre / col
  - **Devant des douleurs pelviennes fébriles (Dc différentiel de la nécrobiose aseptique)**
    - infection utéro-annexielle

Evolution

- **EVOLUTION CLINIQUE**
  - **Quiescence**, le + souvent : fibromes restent stables et asymptomatiques
  - **Croissance** (influencée par environnement hormonal)
  - **Involution après la ménopause** (en l'absence de ttt oestrogénique ou de dégénérescence sarcomateuse)
  - **Complications**
  - **Récidive** (même si exérèse complète du fibrome, seule l'hystérectomie totale prévient tte récidive)

- **CHANGEMENTS DEGENERATIFS AU SEIN DES FIBROMES**
  - **Œdème secondaire à obstruction veineuse partielle** : ramollissement, dissociation des fibres musculaires, aspect de pseudokyste
  - **Nécrobiose** : si focale => évolution vers la fibrose, si importante => magma nécrotique
  - **Dégénérescence**
    - **Hyaline / mucoïde / myxomateuse par ischémie** : matériel acellulaire, œdème, nécrose centrale
    - **Graisseuse**
    - **Calcification :** stade ultime de la dégénérescence graisseuse/ de la nécrobiose. Fibrome calcifié visible sur ASP[Q]
    - **Maligne sarcomateuse :** exceptionnelle (0,5%)[Q] = quasi-nul[Q]

- **COMPLICATIONS**

Hémorragies[Q]

- Surtt **fibrome sous muqueux**[Q]
- En rapport avec l'hyperplasie endométriale qui accompagne le fibrome
- Peuvent être responsable d'anémie ferriprive[Q] sévère et d'une gêne socioprofessionnelle
- Traitement par **progestatif** et antifibrinolytiques (Exacyl, Dycinone) si peu abondantes voire **curetage hémostatique** si + importantes

Douleur

- **Torsion**[Q] (cf ci dessous)
- **Nécrobiose**[Q] (cf ci dessous)
- **Par dilatation** de l'utérus lors de la protusion ds la cavité ou ds le défilé cervico-isthmique
- **Phénomènes de dégénérescence ou de croissance**

Compression

- Urétérale[Q] (rare) : fibrome lat
- Vésicale (pollakiurie, dysurie) : fibrome ant et post
- Rectale (pesanteur, épreintes, faux besoins) : fibrome post
- Vasculaire (rare)
- Nerveuse (rare)

Torsion[Q] d'un fibrome pédiculisé sous-séreux

- avec douleurs abdominales brutales, défense et vomissements
- nécessitant une intervention en urgence
- Parfois crises douloureuses intermittentes

Nécrobiose aseptique par thrombose du pédicule nourricier

- **Fièvre à 38°5**[Q] **+ douleurs pelviennes**[Q] **aigues paroxystiques (+ pertes noirâtres seulement si sous muqueux)**
- Diagnostic échographique
- Favorisé par la grossesse et ttt par oestrogène
- Traitement par **anti-inflammatoires et antalgiques**

« Infertilité » : responsabilité des fibromes est controversée[Q] (considéré comme faux ds QCM car n'augmente que le risque de FCS)

Complications obstétricales : augmentation du risque de

- **Grossesse**
  - 1^{ier} trimestre : FCS précoce, MTR du 1^{ier} trimestre, diagnostic de grossesse jeune peut être gêné par un fibrome[Q]
  - 2ième trimestre : Risque accru de nécrobiose aseptique[Q] ou de torsion s'il est pédiculisé
  - 3ième trimestre : Placenta praevia, HRP, MAP[Q]
  - Favoriserait les RCIU
- **Travail**
  - Dystocie dynamique (mv contractilité utérine)
  - Dystocie mécanique (Obstacle praevia[Q], mv accomodation fœtale, mv présentation[Q])
- **Délivrance**
  - Risque accrue d'hgie de la délivrance[Q] : par rétention placentaire et/ou inertie utérine [Q]

Récidive après myomectomie

Polyglobulie vraie

Dégénérescence sarcomateuse[Q] (exceptionnelle) : 0.5 %[Q] à évoquer sur une augmentation rapide du volume utérin[Q]

Traitement

- **INDICATIONS EN FONCTION**
  - Symptomato et gravité
  - Caractéristiques des myomes : nb, taille, type, localisation, évolutivité
  - Age et statut hormonal
  - Parité et désir d'enfant
  - Existence d'une stérilité
  - Existence d'une pathologie associée gynécologique (endométriose)
  - Terrain : ATCD chir, CI à AG ou à certaines voies d'abord chirurgicales

    → interrogatoire, clinique, écho, hystéroscopie, Hb

- **ABSTENTION**
  - **si asymptomatique, petite taille, sans troubles du cycle**
  - **surveillance clinique et échographique**

- **MEDICAL**Q
  - Si ménorragies isolées, à visée symptomatique pour « passer un cap difficile » et éviter complications / différer intervention
  - But = **corriger l'hyperoestrogénie relative**
  - Permet de réduire taille des fibromes et ↓ symptomatologie (mais ne fait pas disparaître les fibromes)
  - Peut servir à préparer une chirurgie (aide à corriger anémie, diminue saignement, réduction de volume des fibromes)

  - **Progestatifs**Q (dérivés de la **norprogestérone**)
    - En discontinu du **14e au 25e jour** du cycle
    - Efficace sur les **symptômes** surtout
    - Effet inconstant sur la réduction de volume des fibromes

  - **Agoniste de la LH-RH** (Décapeptyl LP, Enantone LP) : **castration médicale ou ménopause thérapeutique**
    - Principal ttt médical des fibromes actuellement
    - Ttt **limité à 3 mois**, réservé aux fibromes responsables d'une anémie et pour préparer une chirugie
    - Efficace sur la **réduction de volume** + **sur les phénomènes hémorragiques**
    - Effets secondaires : **bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, troubles de la libido** (+ ostéoporose si utilisation prolongée)

- **CHIRURGICAL**
  - **Seulement si symptomatique avec lésion associée ou complications ou résistance au traitement médical**

  - **Ttt conservateur : myomectomies**Q
    - **En 1ère intention** si Femme en âge de procréer pour préserver fertilité ou pour éviter le traumatisme psychologique d'une hystérectomie
    - **par résection hystéroscopique, par coelioscopie, par voie vaginale ou par laparotomie**
      (en cours d'évaluation : coagulation par laser, embolisation artérielle)
    - intervention très adhésiogène → peut retentir sur fertilité
    - utérus cicatricel ms faible risque de rupture lors de grossesse ultérieure



2 *Aspect cœlioscopique d'un utérus polymyomateux.*

  - **Ttt radical : hystérectomie**
    - **Totale ou subtotale** (laisse le col en place)
    - **Associé ou non à annexectomie**Q (trompes + ovaires si ♀ ménopausée ou si anomalie macroscopique perop)
      - **Femme < 45 ans ne désirant plus de grossesse** : Hysterectomie interannexielle Q
      - **Femme > 47 ans** : Recommander l'hysterectomie totale avec annexectomie bilatQ
    - Par laparo, par voie vaginale ± coelio, par coelio seule

  - **Cas particulier des fibromes intracavitaires (seulement vu en QCM)**
    - Résistant au ttt médical par progestatifQ
    - Indication fréquente d'un ttt chirurgicalQ

Source *: Fiches Rev Prat, Rev Prat 99, Cours Fac, MediFac, Dossier Estem, QCM intest 2000*